

Licensing Information for SACC Center Records

SACC 센터 기록용 라이선스 정보

Virginia State Licensing standards require SACC to obtain the following information for each child enrolled.

버지니아주 라이선싱 표준에서는 SACC 가 각 등록 자녀에 대해 다음 정보를 받도록 규정하고 있습니다.

Child/아동

Child's full name: 아동의 성명(전체 이름):		Nickname: 별명/애칭:	Birth date: 생년월일:
Current grade: 현재 학년:	Sex: 성별:	Primary language spoken in home: 가정내 사용 언어:	
Address: 주소:		Home phone: 집 전화:	
Other schools and programs child currently attends: 현재 다니고 있는 다른 학교 및 프로그램:			None: 없음:()
Previous child care programs and schools attended (for new SACC children only): 이전에 다닌 아동 보육 프로그램 및 학교(SACC 신입 아동에 한함):			
Prescriptions and ongoing medications, chronic physical or medical conditions, developmental information and special accommodations needed: 처방약 및 지속 복용 약, 만성 신체/의료 질환, 발달 상황 정보 및 필요한 특별 편의 사항:			
			None: 없음:()
Allergies or intolerance to: food, medication, insect bites, etc. including actions to be taken in an emergency: 알레르기 또는 과민성: 식품, 약품, 벌레물림 등. 응급 시 취해야 할 조치 포함:			
			None: 없음:()
Child's physician: 아동 담당 의사:		Phone: 전화:	

Parents/Guardian 부모/보호자

***Please note:** Teachers must release children to parents unless appropriate legal paperwork is provided to SACC.

***참조:** 교사는 SACC 에 적절한 법적 서류가 제공된 경우를 제외하고 반드시 아동을 해당 부모에게 보내야 합니다.

Custodial mother's full name*: 양육권을 가진 어머니의 성명(전체 이름)*:		Employer: 고용주:
Work phone: 근무지 전화번호:	Work cell: 업무 휴대전화:	Email: 이메일:
Custodial mother's address (if different from child's): 양육권을 가진 어머니의 주소(아동의 주소와 다른 경우):		Home Phone: 집 전화:
		Cell Phone: 휴대전화:
Custodial father's full name*: 양육권을 가진 아버지의 성명(전체 이름)*		Employer: 고용주:
Work phone: 근무지 전화번호:	Work cell: 업무 휴대전화:	Email: 이메일:
Custodial father's address (if different from child's): 양육권을 가진 아버지의 주소(아동의 주소와 다른 경우):		Home Phone: 집 전화:
		Cell Phone: 휴대전화:
Other guardian or attending agency*: 기타 보호자 또는 담당 에이전시*:		Employer: 고용주:
Work phone: 근무지 전화번호:	Work cell: 업무 휴대전화:	Email: 이메일:
Other guardian or attending agency's address: 기타 보호자 또는 담당 에이전시의 주소:		Home Phone: 집 전화:
		Cell Phone: 휴대전화:

Emergency Contacts and Authorized Pick Up Persons

응급 연락처 및 허가 받은 픽업 지정자

* Required Information/필수 기재 사항:

*Names, addresses and phone numbers of two people to contact for pick up or in case of an emergency if parents cannot be reached:

*픽업을 위해서나 부모님이 연락이 되지 않을 때 비상 시에 연락할 두 사람의 이름, 주소 및 전화번호:

1. _____
Name 이름

_____			Phone 전화:	▪ work 근무지 _____
Number and Street	City	Zip		▪ home 집 _____
상세 주소	도시	우편번호		▪ cell 휴대전화 _____

2. _____
Name 이름

_____			Phone 전화:	▪ work 근무지 _____
Number and Street	City	Zip		▪ home 집 _____
상세 주소	도시	우편번호		▪ cell 휴대전화 _____

Additional persons authorized to pick up child: 아동을 픽업하도록 허가 받은 그 외 사람:

<u>Name 이름</u>	<u>Home # 집 전화</u>	<u>Cell # 휴대전화</u>	<u>Work # 근무지 전화</u>
1.			
2.			
3.			
4.			

Date child entered care: _____ Date child left care: _____
 아동의 센터 등교 개시일 아동의 센터 등교 종료일

SACC Program Eligibility Verification and Cancellation Agreement

SACC 프로그램 자격 요건 충족 확인 및 취소 동의서

I understand that all adults living in my child's home must meet one of the following criteria: work 30 or more hours a week; attend school full time (12 semester hours); attend a job training program 30 or more hours a week; be disabled; any combination equivalent to the above. *본인은 본인 자녀의 가정에 살고 있는 모든 성인이 아래 기준 중 하나를 반드시 충족해야 한다는 사실을 이해합니다. 주당 30시간 이상 근로, 정식(풀 타임) 등교(12 학기 시간), 주당 30시간 이상 취업 연수 프로그램에 참여, 위에 상응하는 기준 1가지 이상.*

I certify that all adults in the household meet the eligibility requirements above. I understand that all adults in the household may be required to supply evidence of eligibility at any time, and that giving wrong or false information may result in loss of SACC services. I will notify SACC within 10 days if any information changes. *본인은 본인 가정 내 모든 성인들이 상기 자격 요건을 충족한다는 사실을 증명합니다. 본인은 본인 가정 내 모든 성인들이 아무 때나 자격 요건 충족을 증명하는 증빙을 제출하도록 요구받을 수 있으며, 잘못되거나 틀린 정보를 제공할 경우 SACC 서비스 혜택을 상실할 수 있다는 사실을 이해합니다. 본인은 일체의 정보에 변경 사항이 발생할 경우 10 일 이내에 SACC 에 이를 통보할 것입니다.*

I also agree to the following terms of service: I must notify SACC at least two weeks in advance of cancelling service; I am responsible for payment for services not cancelled in advance; no refunds or credits will be issued for services not cancelled in advance, regardless of minimal or non-attendance by my child; enrollments cancelled on or before the 15th of the month will be billed for a half-month of service and enrollments cancelled after the 15th of the month will be billed for a full month of service; enrollment or wait-list cancellations will also cancel the same enrollment or wait-list for next year; SACC reserves the right to cancel services due to repeated late payments or nonpayment. *또한 본인은 다음과 같은 서비스 이용 규정에 동의합니다. 본인은 서비스를 취소하기 최소 2 주 전에 취소 사실을 SACC 에 통보해야 합니다. 본인은 사전에 미리 취소하지 않은 서비스에 대해서는 수수료 지불 책임을 집니다. 사전에 미리 취소하지 않은 서비스에 대해서는 본인의 자녀가 거의 또는 전혀 출석하지 않았는지 여부와 무관하게 환불하거나 크레딧을 지급하지 않습니다. 매달 15 일 또는 그 이전에 등록을 취소하는 경우 반달치에 해당하는 서비스에 대해 대금이 청구될 것이며, 매달 15 일 이후에 등록을 취소하는 경우 전달치에 해당하는 서비스에 대해 대금이 청구될 것입니다. 등록 또는 대기자 명단을 취소할 경우, 다음 해에 대한 같은 등록 또는 대기자 명단도 취소됩니다. SACC 는 대금 납부가 반복적으로 지연되거나 대금 납부가 이루어지지 않는 경우 서비스를 취소할 권리를 보유합니다.*

Parent/Guardian Signature _____ Date 날짜 _____
부모/보호자 서명

Questions? Call SACC at 703-449-8989; TTY 711. Visit SACC online at www.fairfaxcounty.gov/ofc.
궁금하신 점이 있으세요? 703-449-8989 번 또는 TTY 711 번으로 SACC 에 문의하시거나 SACC 인터넷 홈페이지 www.fairfaxcounty.gov/ofc 를 참조하세요.



O F C Office for Children
www.fairfaxcounty.gov/ofc



A Fairfax County, Va., publication.
버지니아주 페어팩스 카운티 출판물



To request reasonable ADA accommodations, call 703-449-1414; TTY 711.
미국 장애인법(ADA)에 의거한 합당한 편의를 요구하고자 하실 경우
703-449-1414; TTY 711 로 전화하시기 바랍니다.